

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
MATERNIDADE ESCOLA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ATENÇÃO INTEGRAL
A SAÚDE MATERNO INFANTIL

BIANCA BALASSIANO NAJM

AMAMENTAÇÃO: ASPECTOS EMOCIONAIS IMPLICADOS
EM SUA FISIOLOGIA

Rio de Janeiro
2015

BIANCA BALASSIANO NAJM

AMAMENTAÇÃO: ASPECTOS EMOCIONAIS IMPLICADOS
EM SUA FISIOLOGIA

Monografia de conclusão do
Curso de Pós-Graduação em
Atenção Integral a Saúde
Materno-Infantil da Universidade
Federal do Rio de Janeiro/UFRJ,
como parte dos requisitos
necessários à obtenção do título de
Especialista.

Orientadora: Marisa Schargel Maia

Rio de Janeiro
2015

Najm, Bianca Balassiano

N1452 Amamentação: aspectos emocionais implicados em sua fisiologia/
Bianca Balassiano Najm. -- Rio de Janeiro: UFRJ / Maternidade Escola,
2015.

41 f. : il. ; 31 cm.

Orientador: Marisa Schargel Maia.

Monografia (Lato Sensu) – UFRJ / Maternidade Escola/ Programa de
Pós-Graduação em Atenção Integral a Saúde Materno Infantil, 2015.

Referências bibliográficas: f. 40-41.

1. Amamentação. 2. Vínculo. 3. Comunicação mãe e bebê. 4.
Fisiologia. 5. Aspectos emocionais. 6. Saúde Materno Infantil - Monografia.
I. Maia, Marisa Schargel. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro,
Maternidade Escola, AISMI. IV. Título.

AMAMENTAÇÃO: ASPECTOS EMOCIONAIS IMPLICADOS EM SUA
FISIOLOGIA

BIANCA BALASSIANO NAJM

Monografia de conclusão do Curso de Pós-Graduação
em Atenção Integral a Saúde Materno-Infantil da
Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ, como
parte dos requisitos necessários à obtenção do título de
Especialista.

Aprovado por:

Dra. Aline Melo de Aguiar

Prof.^a Marisa Schargel Maia

Nota:
Conceito:

Rio de Janeiro, 02 de setembro de 2015.

AGRADECIMENTO

Agradeço a todas as duplas mãe e bebê que tive a oportunidade de atender como consultora e aconselhadora em amamentação, que foram responsáveis por suscitar as questões exploradas por esse trabalho, assim como o despertar de uma visão questionadora e empática em relação a este tema, cujos frutos venho colhendo no exercício da minha profissão.

Agradeço a minha filha Júlia, que me apresentou o mundo da maternidade e da amamentação e que, com suas dificuldades iniciais, me fez aflorar um potencial de questionamento infinito e um belo reencontro com a psicologia e a psicanálise.

Agradeço ao meu filho Bernardo por me propiciar um terreno fértil para experiências reparadoras durante todo o processo de gestação, parto e puerpério.

Agradeço ao meu marido Théo por embarcar comigo nessa jornada, apoiar minhas mais loucas ideias e encontrar seu espaço como pai apesar delas.

Agradeço à minha mãe pelos exemplos positivos de parto e amamentação, pela valorização do feminino, pelas vivências enriquecedoras e, sobretudo, por sempre entender a distância necessária para ocupação de seu lugar, permitindo assim que eu pudesse dominar meus próprios espaços físicos e psíquicos.

RESUMO

Através de um olhar apurado sobre a amamentação como uma experiência física e psíquica compartilhada pela dupla mãe e bebê, este trabalho tem como finalidade explorar os aspectos emocionais da vivência da amamentação para a nutriz e as repercussões físicas dos conflitos possíveis vivenciados durante esta fase. A partir do conceito da amamentação como forma de comunicação inaugurado por Winnicott, são levantadas hipóteses acerca dos traumas mamilares e suas dolorosas repercussões físicas vivenciadas por puérperas, como manifestações somáticas da experiência conflituosa deste processo. Por fim, apresento uma crítica à visão conservadora do processo, explicitada por parte dos profissionais de saúde, valorizando os aspectos referentes à manutenção da saúde física do bebê através do aleitamento materno em detrimento de questões emocionais específicas que podem acometer a mulher-mãe-nutriz.

Palavras chave: Amamentação. Vínculo. Comunicação mãe e bebê. Fisiologia. Aspectos emocionais.

ABSTRACT

Through a careful look at breastfeeding as a physical and psychological experience shared by mother and baby, this work aims to investigate the emotional aspects of breastfeeding for the nursing mother and the physical repercussions of potential conflicts experienced during that period. Using as a starting point the idea of breastfeeding as a form of communication, a concept first raised by Winnicott, I present a critical analysis of the conservative view about breastfeeding, so clearly expressed by many medical professionals, which values aspects related to maintaining the physical health of the baby through breastfeeding, to the detriment of matters related to specific emotional issues that may affect the woman - mother – nursing mother

Key words: Breastfeeding. Attachment. Mother and baby communication. Physiology. Emotional aspects.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 A AMAMENTAÇÃO COMO FORMA DE COMUNICAÇÃO MÃE E BEBÊ: UMA CRÍTICA À LUZ DE WINNICOTT	13
3 A MANIFESTAÇÃO CORPORAL DA EXPERIÊNCIA CONFLITUOSA DE AMAMENTAR	20
4 TRAUMAS MAMILARES E SUA INFLUÊNCIA NO PROCESSO DA AMAMENTAÇÃO	29
4.1 Tipos de traumas da mama puerperal: definição e tratamento	29
4.2 Influência dos traumas mamilares na duração da amamentação	32
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38

1 INTRODUÇÃO

Sabemos hoje que o aleitamento materno é a iniciativa que mais previne a mortalidade infantil, além de promover a saúde física, mental e psíquica da criança e da mulher que amamenta. O aleitamento materno é uma prática recomendada pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2001) por dois anos ou mais de vida da criança, que deve ser praticado exclusivamente nos primeiros seis meses de vida do bebê. Sendo assim, inúmeras estratégias vêm sendo traçadas, no Brasil e no mundo, com a finalidade de aumentar os índices de amamentação.

A maioria dos países vem apresentando taxas de amamentação crescentes nas últimas décadas, incluindo o Brasil. No entanto, o número de crianças amamentadas segundo as recomendações da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2001) ainda é muito pequeno, e a última pesquisa sobre a prevalência de amamentação no Brasil (BRASIL, 2009) revelou uma média de 53 dias de amamentação exclusiva, apesar de 96% das mulheres iniciarem o processo de amamentação. Sendo assim, é preciso entender o que acontece nesse intervalo de tempo para que o processo acabe por encontrar um término precoce e abrupto.

Apesar do aleitamento materno exclusivo até o 6º mês de vida de o bebê ser uma das estratégias mais recomendadas e indicadas para a diminuição da mortalidade infantil, estabelecimento do vínculo mãe e bebê e desenvolvimento saudável do recém-nascido, sabe-se que uma das causas mais alegadas pelas mães para interrupção da amamentação - ainda durante o primeiro mês de vida - são as intercorrências da mama puerperal, tais como: fissuras, rachaduras, ingurgitamentos, edemas, sangramentos, bolhas e sensibilidade excessiva (MORLAND-SCHULTZ; HILL, 2004).

A dor mamilar alegada pela puérpera pode variar de um sentimento generalizado de desconforto até a mais forte experiência de dor por ela vivenciada (HUMML, 1999). Com frequência vemos então muitas mães que desistem de ofertar o seio aos bebês por total incapacidade de lidar com níveis de dor que vão muito além de suas possibilidades, e também por falta de informação a respeito dos fatores causadores destas lesões que, em último caso, levam ao desmame precoce. Além disso, muitas vezes as mães encontram-se desamparadas, pois estão assistidas por médicos desatualizados a respeito

da técnica do amamentar e que não estão preparados para auxiliá-la a colocar o bebê para mamar corretamente.

Muitas são as teorias que tentam explicar as causas da dor mamilar. Newton (1952) sugere que estas causas possam incluir a saúde da pele, deficiências da dieta alimentar, deficiência de estrogênio, mudanças de temperatura e incidência solar e falta de exposição mamilar à abrasão. No entanto, sabemos que os estudos mais recentes relacionam os ferimentos ao posicionamento impróprio do bebê ao seio, pega fragilizada ou pouco efetiva, diferenças próprias entre os mamilos, pouca exposição do tecido areolar à luz e ar, ingurgitamento mamário, frequência e duração das mamadas e outros desconfortos que possam incidir sobre o reflexo de ejeção de leite materno (GIUGLIANI, 2000).

Um grande número de gestantes demonstra durante as consultas de pré-natal ou mesmo em conversas informais no círculo social, o intuito de amamentar seu filho ao seio, principalmente em seus primeiros meses de vida. No entanto, muitas destas mulheres não atingem seus objetivos em relação à amamentação uma vez que o processo se inicia. Dentre as causas alegadas para a interrupção precoce da amamentação, os traumas mamilares encontram-se em segundo lugar na ordem de importância, ficando atrás somente da queixa colocada pelas mães como sendo portadoras de “leite fraco” (RAMOS; ALMEIDA, 2003). Sendo assim, estes traumas apresentam-se como uma influência direta na determinação do sucesso e manutenção do processo de amamentação.

Sabemos que existe uma determinação fisiológica para o ato do amamentar, mas levando-se em consideração o fato de que somos seres sociais, concluímos ser bastante ingênuo da parte do profissional de saúde deixar de levantar as questões culturais e emocionais envolvidas neste processo. As mães – caso assim o desejem - precisam aprender a amamentar, assim como os bebês precisam aprender a mamar. Soma-se a este conceito - muitas vezes mal compreendido - o fato de que na configuração social moderna, muitas vezes uma mulher transforma-se em mãe sem que jamais tenha cuidado de um bebê ou visto um bebê sendo amamentado. Sendo assim, um comportamento que era naturalmente introjetado pela convivência com o outro, passa a ser ensinado pelo profissional de saúde.

Grande parte dos estudos e publicações atuais é unânime ao afirmar que o aparecimento dos traumas mamilares e das sensações dolorosas que acometem as lactantes, acontece em decorrência de má técnica ao amamentar. Os profissionais de

saúde – geralmente oriundos das ciências biológicas, tais como enfermeiros, fonoaudiólogos, médicos pediatras e ginecologistas/obstetras, fisioterapeutas, dentre outros - envolvidos com o atendimento às mães com dificuldades em amamentação relacionam a incidência dos traumas mamilares tão somente às questões relativas à pega e posicionamento do bebê ao seio.

Como forma de prevenção e tratamento das dores, a orientação profissional deveria sempre trazer então conforto à puérpera, uma vez que corrigidas as más-condutas que levam aos traumas, a sensação de dor e as intercorrências desapareceriam. No entanto, muitas vezes não é isso que observamos na prática clínica. Muitas nutrízes permanecem com grande sensibilidade ao seio, fissuras e rachaduras que não cicatrizam mesmo após tratamento profilático e correção da mamada, inchaço e sangramentos que resistem mesmo após intervenção profissional, maturação neurológica e motora do bebê e adaptação à nova realidade puerperal. A técnica é corrigida e a dor física permanece: muitas vezes apesar da orientação profissional, a mãe segue repetindo os mesmos comportamentos destrutivos que levam à manutenção da sensação de dor ao amamentar. (LANGER, 1986).

Sendo assim, a proposta para este estudo será a de observar como as questões emocionais que envolvem a díade mãe e bebê podem influenciar o discurso materno acerca da dor durante o processo da amamentação que, eventualmente, levam ao desmame precoce. Como um processo fisiológico se dá de maneira tão instintiva e natural para algumas mulheres e para outras se apresenta com tantas dificuldades e obstáculos? Qual a motivação que faz com que algumas mulheres persistam apesar das intercorrências, e outras tantas desistam, apesar do desejo manifesto de amamentar o bebê? O que representa o ato de amamentar dentro da relação mãe e bebê? Um fardo para muitas, um ato de amor para outras. (SILVA, 1990).

Muito se fala sobre amamentação em nossos dias: tida como consequência natural da maternidade, comprovou-se através de pesquisas científicas seus benefícios para a saúde física e emocional do bebê e sua mãe. Desde a década de 80 vivenciamos uma reviravolta em relação ao aleitamento materno: a classe médica em peso passou a recomendá-lo exclusivamente até o 6º mês de vida do bebê tendo como objetivo o declínio das taxas de mortalidade infantil. Em oposição ao desenvolvimento tecnológico atingido na pós-modernidade, observamos uma tentativa de “retorno às origens” no que diz respeito à saúde física do ser humano: prática de atividades esportivas, uma vida mais próxima à natureza, alimentação saudável e livre de elementos industrializados e

que não tem origem controlada. Dentro desta concepção de saúde, a prática do aleitamento materno encontra ótima aceitação e encorajamento: trata-se, sem dúvida, do que há de melhor em termos de alimentação padrão-ouro para o recém-nascido (MULLER, 1981). Além disso, promove o vínculo mãe e bebê e protege a nutriz e seu bebê de uma série de intercorrências físicas, cujo risco seria aumentado caso a amamentação não prosseguisse.

Para lutar pelos direitos do bebê por alimentação de qualidade e defendê-lo das práticas agressivas da indústria de fórmulas infantis, aparece o discurso das campanhas de amamentação na saúde pública: “*Amamentar é um ato de amor*”, “*Amar é amamentar*”, “*Quem ama, amamenta*”, “*Leite materno é amor líquido*”, “*Dê ao seu filho o que há de melhor*”, e outras frases de efeito que condicionam o amor materno à amamentação e medem a dedicação de uma mãe a seu filho através da sua disponibilidade para o sucesso da amamentação.

No entanto, apesar da penetração maciça das campanhas nas instituições de saúde e mesmo através da mídia, o desmame precoce e a introdução de substitutos do leite materno ainda é muito frequente. A média de amamentação exclusiva teve pouca elevação e as mesmas questões aparecem como queixas nos consultórios particulares frequentados pelas mães de melhor poder aquisitivo: meu leite é fraco, amamentar dói, sinto-me cansada pela demanda do bebê, não tenho leite suficiente. As mães mais humildes por sua vez, reproduzem um cenário apreendido através da mídia, novelas e filmes: é preciso defender seu espaço – físico e econômico – e batalhar para ajudar o companheiro nas despesas domésticas. Estando fora de casa fica mais complicado amamentar, a fórmula de acompanhamento é muito cara, então a introdução alimentar acontece cada vez mais cedo, colocando em risco a vida de um bebê que terá menor acesso a um atendimento médico de qualidade.

É importante entender que, dentro do contexto do “retorno ao natural”, a amamentação ganhou um novo status social: para além de alimentar da maneira mais apropriada um bebê, ela é vista como um ato de amor. Amamentar seu filho é tido como uma obrigação social, tal qual amá-lo incondicionalmente e doar-se desmedida e indefinidamente. Sendo assim, quem não deseja fazê-lo estará sob julgamento do olhar alheio, quem não é bem sucedida nas tentativas de alimentar o filho ao seio será considerada uma mãe mais fraca, alguém que não se esforçou o suficiente ou que não tentou ao máximo dar o seu melhor (NAKANO, 2003).

Com a forte pressão social que se segue ao discurso biologizante em prol do aleitamento materno, há cada vez menos espaço para o desejo feminino. Portanto, a hipótese deste trabalho é a de que muitas nutrizes encontram, em seus corpos, o caminho para comunicar ao mundo externo seu desconforto em relação à amamentação. Seja pela repetição de padrões que vão de encontro à recomendação profissional na vigência de incômodo durante a oferta do seio, até a manifestação da intensidade de dor e sensação corporal de repulsa ao ato de amamentar, a proposta seria observar as contingências psíquicas implicadas nos desfechos sub-ótimos em amamentação.

Para confrontar este discurso, inicio este trabalho apresentando uma proposta de amamentação como forma de comunicação mãe e bebê à luz da teoria Winnicottiana. A ideia de desmistificar o ato da amamentação como única possibilidade de desenvolver uma relação de qualidade com seu bebê não desmerece a sua importância ou superioridade. A amamentação pode ser maravilhosa para muitas e certamente representa uma riqueza (WINNICOTT, 2006), um *plus*, um facilitador no estabelecimento do vínculo com o bebê e na manutenção de uma relação sadia de afeto – quando é possível e desejada, em níveis conscientes e inconscientes. No entanto, ela jamais pode ser encarada como única opção para que isso aconteça, uma vez que para tantas mulheres amamentar pode ser simplesmente um obstáculo intransponível.

Uma vez entendido que o ato de amamentar está muito longe de ser uma atividade biologicamente determinada, sendo fortemente influenciado por fatores psicobiossociais (ALMEIDA, 1999), faz-se mister ampliar o campo de estudos, incluindo as ciências humanas – no caso, a psicologia e, mais precisamente, a psicanálise – como embasamento teórico para melhor compreensão da dinâmica dos processos que inauguram a relação mãe e bebê.

Quando a fisiologia, a biologia e as técnicas de manejo clínico não conseguem mais dar conta dos impedimentos e dificuldades que se apresentam nas primeiras interações entre mãe e bebê, é chegada a hora de dar espaço às investigações psíquicas que se impõem para uma melhor compreensão da realidade emocional do puerpério.

Toda mãe que assim o deseja, deveria ter o direito de experimentar a troca viabilizada pela amamentação – jamais o dever. Desta forma, estaremos colaborando para um melhor atendimento desta mulher, na medida em que provemos os profissionais de saúde com um maior repertório de possibilidades para o aconselhamento e encaminhamento, sempre levando em consideração que o desejo materno não pode e

não deve ser negligenciado, expondo a riscos a saúde emocional da relação entre mãe e bebê.

2 A AMAMENTAÇÃO COMO OPORTUNIDADE DE VINCULAÇÃO MÃE E BEBÊ: UMA CRÍTICA À LUZ DE WINNICOTT

[...] quando mãe e bebê chegam a um acordo na situação de alimentação, estão lançadas as bases de um relacionamento humano. É a partir daí que se estabelece o padrão de capacidade da criança de relacionar-se com os objetos e com o mundo. (WINNICOTT, 2006, p. 55)

É impossível falar de amamentação e psique humana, sem trazer à luz a obra de Winnicott (2006). Acredito na visão particular e especial deste teórico como algo de suma importância no trato com mães e bebês, principalmente pelo seu histórico profissional. Winnicott trabalhou como pediatra e atendeu muitas e muitas famílias antes de iniciar seus estudos psicanalíticos e produzir obras para leigos e também para estudiosos da área. Tudo isso traz um tom de realidade aos seus relatos que imprimem imediatamente um grau de identificação aos profissionais e, é claro, também às mães.

D. W. Winnicott não possui, infelizmente, uma obra sistematizada. Suas produções estão espalhadas em livros organizados de diferentes maneiras, e alguns são apenas registros de pronunciamentos e palestras dirigidas aos pais. No entanto, a partir de seus escritos foi desenvolvida uma teoria do amadurecimento individual que dá embasamento teórico à prática de muitos profissionais. Ele esteve atento especialmente às fases iniciais do desenvolvimento humano e, designou a fase inicial do ser humano – do ambiente intrauterino até aproximadamente 4-6 meses – de estágio da dependência absoluta.

Dentro desta fase da dependência absoluta, Winnicott elegeu um período especial de adaptação do bebê, ao qual nomeou “estágio da primeira mamada teórica”. Este estágio, diferente do que possa parecer, corresponde aos primeiros meses de vida do bebê, especialmente no que tange às bases do relacionamento que estabelece com seu cuidador principal. Ou seja, apesar de reconhecer repetidamente e exaltar a singularidade da concretização da experiência de amamentação para a vinculação entre

mãe e bebê, Winnicott deixa claro que não é a alimentação ou a maneira como ela ocorre neste momento, o essencial para compreender esse processo. Amamentar ou alimentar um bebê representa então o início do contato do bebê com a realidade e o ambiente e, portanto, o início da constituição de um si mesmo. (DIAS, 2014.)

Contrariando a tradicional psicanálise Freudiana e seu modelo de primazia das pulsões e zonas erógenas, Winnicott traz o conceito de amadurecimento individual a partir da relação do eu com o ambiente, privilegiando desta maneira, a troca mãe e bebê, que vai muito além do contato físico íntimo. Para Winnicott (2006), além de atender ao bebê em suas necessidades básicas e instintuais, a mãe é a responsável por apresentar-lhe o mundo, através dos primeiros objetos. A maneira como o segura (*holding*), como executa suas funções e o manipula (*handling*), como responde ao seu olhar e sua demanda são então, fundamentais para o estabelecimento de uma relação sadia e segura.

“Estamos mais interessados na provisão ambiental que torna todo o resto possível: isto é, estamos mais preocupados, aqui e agora, com a mãe segurando o bebê nos braços do que com a mãe alimentando o bebê.” (WINNICOTT, 1987, p.215)

É interessante observar como a mãe seria então a primeira representante desse ambiente facilitador na obra de Winnicott (2006), é através dela e por causa dela, que o bebê pode estabelecer uma relação saudável com aquilo que vem de fora. A saúde mental deste indivíduo está sendo construída por meio das interações que faz com sua mãe e isso, é claro, depende da sua disponibilidade e dedicação em prol desta nada simples tarefa.

Como pode haver tanta importância no simples ato de segurar e manipular um bebê? Lembrar que o ambiente conhecido do bebê é o meio intrauterino pode ser essencial para melhor compreender a dimensão da contenção física no desenvolvimento do ser humano. Tudo que o bebê conhece quando nasce é a restrição de movimentos imposta pela bolsa amniótica: seu peso é amenizado pelo líquido que o contém e ele não conhece a ação da gravidade, uma vez que flutua. Seus movimentos são contidos e reverberam nos limites do útero. Sendo a pele o maior órgão do corpo humano, cabe a nós perceber que talvez estes atos tenham sido de fato subestimados quando falamos da relação mãe e bebê.

Espera-se da mãe dedicada comum (WINNICOTT, 2006¹) que siga efetuando com a mesma perfeição o trabalho de suporte e nutrição conduzidos por seu útero no período pré-natal, e que seja capaz de contemplar e facilitar o desenvolvimento e amadurecimento do seu bebê, agora em contato com o mundo externo. De fato, no início, o bebê não se dá conta de que ele e sua mãe são dois, tamanha a ilusão da onipotência. Se algo lhe parece desconfortável, logo aparece uma solução que, neste momento, julga ter ele mesmo criado. À mãe cabe então, seguir o processo da ilusão até que o bebê seja capaz de desiludir-se.

Para Winnicott (2000), a mãe representa o primeiro objeto do bebê, ainda que este não se perceba dissociado dela. Sendo assim, este primeiro contato e a qualidade dele são essenciais para o estabelecimento de uma boa relação entre o bebê e o ambiente externo. Portanto, quando a amamentação ocorre de maneira satisfatória, ela representa a união do melhor dos mundos: a mãe, com seu corpo e presença, apresenta o mundo ao bebê de uma forma tão intuitiva e consistente, que ele sente como se estivesse satisfazendo a si mesmo. Ou seja, há uma ilusão de que ele pode, portanto, saciar seus desejos mais ferozes. Ele sente fome e, logo, aparece algo que aplaca suas necessidades: mais do que distinguir entre o seio ou a mamadeira neste momento, Winnicott (2006) ressalta a importância da manutenção do processo ilusório do bebê. Ele precisa sentir-se criador daquilo que erradica sua angústia, para que o desamparo de saber-se dependente do outro não se imponha em um estágio tão precoce que ele ainda não seja capaz de elaborar.

Atender ao bebê de modo satisfatório, num tempo razoável – e cujo intervalo aumenta conforme este amadurece, com consistência, afeto e empatia é o que vai garantir então, um ambiente facilitador para o desenvolvimento da saúde mental do ser humano. A atitude responsiva que se espera da mãe vai além de definir o que ou de que modo será oferecido o que o bebê necessita: trata-se de dedicar-se à causa de seu próprio bebê de modo que este se sinta como criador do universo. “Não é a partir da sensação de ser Deus que os seres humanos chegam à humildade característica da individualidade humana?” (WINNICOTT, 2006).

A amamentação é sempre colocada com uma oportunidade, uma riqueza e um privilégio na vida da mãe e do bebê, mas não como algo fundamental e obrigatório.

¹ Winnicott cunha o termo “mãe dedicada comum” para definir a mãe que é bem sucedida na tarefa de identificar-se com seu bebê a ponto de prover um ambiente satisfatório e suficientemente bom para seu desenvolvimento.

Mais do que isso, a presença, disponibilidade, coerência, segurança e consistência da mãe irão definir a qualidade da relação que ali se estabelece. Sendo assim, Winnicott inaugura a visão da amamentação como forma de comunicação mãe e bebê (WINNICOTT, 2006).

Se levarmos em consideração a insipidez da verbalização nos primórdios da vida, amamentar o bebê seria uma forma de traduzir seus desejos, aplacar suas vontades e dar voz a seus questionamentos. A proximidade exigida pelo ato da amamentação e a frequência quase ininterrupta com que acontece nas primeiras semanas de vida, propicia uma conexão única entre mãe e bebê – um método intensivo de reconhecimento e estabelecimento da maior intimidade possível entre dois seres humanos em um relacionamento tão recente.

Mais do que isso, amamentar um bebê propicia à mãe tempo e espaço para elaboração de uma separação tão repentina e brusca como a que acontece no nascimento – independente do nível de satisfação na experiência do parto. Segundo Gomez (2009), amamentar poderia servir à mãe tal qual um objeto ou fenômeno transicional serve ao processo de amadurecimento e desenvolvimento infantil: um facilitador, propiciando um estágio intermediário na relação mãe e bebê, entre o ambiente intrauterino e o ambiente externo.

Adaptar-se à chegada do bebê, reconhecê-lo como filho, adequar as próprias necessidades às demandas deste: todas estas tarefas podem ser de fato, facilitadas pelo aleitamento materno. Amamentar provê a mãe de confiança uma vez que ela tem em seu corpo algo com o qual consegue acalmar e dar conta de seu bebê. Winnicott ressalta a todo o momento que o dever social para com a mãe deve ser sempre este: lembrá-la de que reúne qualidades específicas para lidar com seu bebê e de que seu *feeling* em relação ao que se passa com ele será sempre superior ao de um especialista. Com frequência o relato de uma mãe acerca do que sente seu filho é bastante preciso e, quase sempre, certo.

Quero que vocês consigam se sentir confiantes em sua capacidade como mães, e que não pensem que, por não terem um conhecimento profundo de vitaminas, não sabem, por exemplo, qual a melhor maneira de segurar seu bebê no colo. (WINNICOTT, 2006, p.14)

(...) simplesmente porque são especialistas nesta questão específica que é cuidar de suas próprias crianças. Quero incentivá-las a conservar e defender este conhecimento especializado, que não pode ser ensinado. A partir dele, e só então, vocês podem aprender outras coisas, com outros tipos de especialistas. Vocês só conseguirão aprender com segurança as coisas que os médicos e enfermeiras podem lhes ensinar se forem capazes de conservar, em si mesmas, aquilo que lhes é natural. (WINNICOTT, 2006, p.18)

Comunicar-se com alguém que tem, de fato, muito pouco a dizer – tal qual um bebê – não é das tarefas mais fáceis. Nada mais justo do que esbarrar em tamanhas dificuldades. Para dar voz ao bebê e nomear suas necessidades é preciso que a mãe desenvolva extrema confiança em suas habilidades intuitivas: afirmar que se sabe mais do outro do que ele mesmo é um poder que só se confere às mães de bebês e que pode ser aterrorizante para muitas mulheres, tamanho o grau de responsabilidade depositado em suas mãos. Nesse sentido, a troca de fluidos possibilitada pela amamentação seria muito mais do que dar calorias ao bebê: todo o *setting* requerido para que a amamentação aconteça, propiciaria a condição ideal para que a mãe enfim pudesse esclarecer a mensagem que seu bebê deseja transmitir-lhe.

Quando entendemos a amamentação como forma de comunicação, fica mais simples compreender que há outras formas através das quais um bebê pode ter um contato próximo e íntimo com sua mãe. Quando a amamentação é reduzida ao simples fato de oferecer o melhor alimento ao bebê, ela realmente será inigualável e inimitável. Há inúmeros estudos comprovando os mais diversos benefícios da ingestão do leite materno pelo bebê de maneira exclusiva nos primeiros seis meses de vida e, em complementação a outros alimentos a partir desta idade, até dois anos de vida ou mais. De fato muito mais, uma vez que a qualidade do leite materno não se altera, ou seja, sempre será uma substância de alto valor nutritivo, carregada de fatores imunológicos, com baixíssimo risco de contaminação e sempre oferecida na temperatura ideal e com frescor garantido. Mas o que estamos dizendo aqui é que a amamentação pode ser muito mais do que isso, uma vez que estamos levando em conta não somente o fator nutritivo da secreção que é entregue pela mãe ao bebê, e sim de todo o ambiente que se apresenta ao bebê, de forma segura e consistente, toda vez que sua mãe o segura - com delicadeza e ao mesmo tempo com a firmeza suficiente para dar-lhe contenção e, apresenta de

maneira responsiva uma atitude capaz de aplacar uma necessidade básica de seu filho. Que nem sempre é fome.

Chego, portanto, ao reconhecimento do valor positivo da amamentação, levando em conta que esta não é absolutamente essencial e que não se deve insistir nela, quando a mãe tiver alguma dificuldade pessoal. (...) Portanto, ao examinarmos a experiência de amamentação de um bebê, a primeira coisa a fazer é pensar em termos da riqueza da experiência e do envolvimento total da personalidade. (WINNICOTT, 2006, p.24)

Apesar de ressaltar em sua obra a todo o momento a beleza e o privilégio de uma mãe que amamenta seu bebê, Winnicott não nos deixa esquecer que a saúde mental do bebê depende do atendimento que a mãe oferece às suas necessidades. Portanto, fica sempre muito explícito que amamentar deve ser um desejo da mãe, haja vista que cada pessoa poderá responder a seu bebê de uma maneira particular. A oportunidade escancarada pela amamentação, de observar, estar próxima e atenta a seu bebê, conhecendo-o mais e mais a cada dia pode ser certamente encantadora e especial para inúmeras mães. Mas que isso não aconteça à custa de lágrimas e intransigências é essencial. Winnicott lembra que muitas dificuldades em amamentação podem ser pela própria lembrança da mãe acerca de sua infância e seus conflitos internos (WINNICOTT, 2006) e que, portanto, forçá-la a amamentar seria uma estupidez.

Quando entendemos que as bases do desenvolvimento mental e psíquico de um bebê estão acontecendo neste exato momento, parece óbvio dizer que a mãe – fator principal no desenrolar deste processo – deve estar bem, sem sofrer pressões externas familiares ou sociais, e que ela saberá, em última instância, a melhor maneira de satisfazer seu bebê, desde que os profissionais que a acompanham não sejam extremamente invasivos.

Do meu ponto de vista, a saúde mental do indivíduo está sendo construída desde o início pela mãe, que oferece o que chamei de ambiente facilitador, isto é, um ambiente em que os processos evolutivos e as interações naturais do bebê com o meio podem desenvolver-se de acordo com o padrão hereditário do indivíduo. A mãe está assentando, sem que o

saiba, as bases da saúde mental do indivíduo.
(WINNICOTT, 2006, p.20)

Falar, portanto, de amamentação como condição *sine qua non* para o estabelecimento de um bom vínculo mãe e bebê é não somente errado e cruel, mas também, reducionista. Reduz-se o relacionamento da dupla e reduz-se a amamentação, quando se valoriza o que é entregue, e não a forma como é entregue. Deixar de passar às mães a mensagem de que a amamentação, por vezes, pode ser complicada ou idealizada é seguir infantilizando as mulheres.

Parte-se do princípio que as frágeis gestantes requerem cuidados especiais, voz baixa e não podem ter sentimentos negativos. Devem abster-se de pensar em questões complexas para dar espaço ao sonho cor de rosa da maternidade, o projeto do quatinho, as roupinhas do bebê e de tudo mais que vem acompanhado do diminutivo, característico do tom utilizado pelos profissionais que as acompanham neste processo.

Trata-se de levar médicos e enfermeiras a compreenderem que, se por um lado são necessários, e muito, quando as coisas vão mal do ponto de vista físico, por outro eles não são especialistas nas questões relativas à intimidade, que são vitais tanto para a mãe quanto para o bebê. Se começarem a dar conselhos sobre essa intimidade, estarão pisando em solo perigoso, pois nem a mãe, nem o bebê, precisam de conselhos. Em vez de conselhos, eles precisam de recursos ambientais que estimulem a confiança da mãe em si própria. (...) O mesmo acontece quando se dá início à amamentação. É algo que pode se tornar muito difícil, pois a mãe é incapaz de amamentar através de um esforço deliberado. Ela precisa aguardar as suas próprias reações, ou, por outro lado, as suas reações podem ser tão intensas que ela mal consiga esperar pelo bebê, quando então é preciso ajuda-la devido à retenção do leite. (WINNICOTT, 2006, p.22)

Winnicott (2006) ressalta que as mães não precisam de profissionais que as ensinem como melhor exercer seu papel. Traçando um paralelo com a pressão social e familiar em prol da amamentação, vale lembrar que as mulheres não precisam ser iludidas. Pode-se falar com sinceridade a respeito das dificuldades que acompanham a chegada de um bebê e o início da amamentação sem que isso imponha qualquer tipo de

risco a esta relação tão sublime. Pode-se questionar o tabu e falar mal de vários aspectos da maternidade sem que isso diminua ou denigra o sentimento que uma mãe tem por seu filho. Pensar que abordar os aspectos difíceis da amamentação pode afastar alguém de seus benefícios é menosprezar o desejo alheio e duvidar da capacidade de autonomia e decisão do ser humano. Neste momento, o bebê precisa ser iludido, não sua mãe.

3 A MANIFESTAÇÃO CORPORAL DA EXPERIÊNCIA CONFLITUOSA DO AMAMENTAR

Se se observam as mulheres que apresentam fissuras, obtém-se a impressão de que a causa principal reside num descuido inconsciente intencional por parte delas; seguem todos os conselhos do médico ao pé da letra, mas tratam de provocá-las, deixando o lactente sugar durante um tempo excessivo, não lhe colocando bem o mamilo na boca, ou não tratando imediatamente um começo de lesão. (LANGER, 1986, p. 231).

O período que se segue imediatamente após o nascimento do bebê, chamado de puerpério, configura-se como um momento de instabilidade psíquica para a mulher (SZEJER, 2002). Muito se fala sobre as alterações hormonais e fisiológicas vividas durante a gestação e pós-parto, mas pouca atenção é dada aos fenômenos psíquicos que se sucedem a esses acontecimentos e suas influências nas interações precoces mãe e bebê.

Compreender que há questões relativas ao desejo feminino inconsciente no processo de vinculação mãe e bebê ainda parece ser um conceito bastante obscuro para a grande maioria dos profissionais de saúde que geralmente acolhem e atendem a mulher durante este período. Sobre este ponto, Szejer (2002, p.287) pontua: “Porque é a história de cada mulher, e de cada gestação, que vai tornar possível, ou não, a amamentação. Assim, também, são as palavras pronunciadas nessa ocasião, que vão facilitar ou eventualmente obstaculizar”.

Para algumas mulheres, a transição do período gestacional para o puerpério e início da lactação transcorre sem maiores complicações: alguns dias mais difíceis para a

adaptação física e emocional e, em pouco tempo, a amamentação incorpora-se à rotina dos primeiros dias com um recém-nascido. Para outras, no entanto, alguns entraves se apresentam e muitas vezes como obstáculos intransponíveis.

É importante pontuar que o nascimento do bebê marca o momento em que, finalmente, mãe e bebê estarão separados fisicamente. Para Deutsch (1947, *apud* LANGER, 1986), o parto e a lactância serão de fundamental importância para que a mulher possa elaborar seu próprio trauma de nascimento, a partir da sua experiência de vinculação ao bebê. Enquanto o parto impõe uma separação brusca de corpos, a lactância oferece à mãe e ao bebê a oportunidade de ressignificação paulatina de uma separação repentina. É claro que esta separação e estabelecimento da intimidade serão vividos das mais diversas maneiras pelas duplas mãe e bebê, em consequência de suas próprias histórias e experiências de vida.

Quando o ambiente é desfavorável para que se desenvolva o primeiro contato mãe e bebê, seja por conduta inadequada da assistência médica ou por alguma questão burocrática ou emergencial que acaba por separar a dupla precocemente, a mãe fica temporariamente impedida de exercer suas funções e explorar a espontaneidade no reconhecimento de seu filho. É imprescindível que a mãe se identifique com o recém-nascido para que possa atendê-lo com plenitude e confiança, e qualquer separação precoce pode colocar em risco esta relação.

“No entanto, seus instintos naturais não conseguirão se desenvolver se ela estiver amedrontada ou não vir seu bebê quando ele nascer, ou ainda se o bebê só lhe for trazido em momentos preestabelecidos pelas autoridades como sendo ideais para a alimentação. Dessa forma, as coisas simplesmente não funcionam.” (WINNICOTT, 2006, p.69)

Atender às necessidades básicas de um recém-nascido mobiliza todo o tempo e investimento emocional da mãe: elaborar a experiência de parto e suas repercussões torna-se quase impossível enquanto o bebê clama por atenção, contato e afeto. Isso também pode ser muito importante quando se fala da experiência de nascimento: cumprindo ou não expectativas prévias, a vivência do parto para cada mulher e família pode ser avassaladora. Sem dúvida nesse momento, apresentam-se inúmeras novas variáveis.

Muito se fala nos dias de hoje sobre a humanização no atendimento à gestante durante o trabalho de parto e após a chegada do bebê. Em detrimento de uma experiência cercada de cuidados médicos e assistência tecnológica, presenciamos uma busca pelo natural e instintivo, onde toda mulher possa ser respeitada quanto aos seus desejos na experiência de nascimento do bebê.

Um trabalho de parto prolongado e difícil, assim como uma separação precoce mãe e bebê, certamente terão repercussões importantes no estabelecimento do vínculo entre a díade: não há possibilidade de digerir ou elaborar com tanta urgência a experiência da violência vivida fruto de um acompanhamento desrespeitoso durante o trabalho de parto, ou mesmo de um desfecho indesejado e que frustra idealizações previamente concebidas. Como apaixonar-se por um bebê nestas condições?

As tentativas de naturalização do processo de nascimento têm como viés principal proporcionar às famílias uma experiência de nascimento mais saudável e aperfeiçoar as possibilidades de vinculação mãe e bebê. Sabe-se hoje que respeitar o tempo de cada gestante, assim como suas opções para trazer à vida seu bebê, estimular que ela domine e conheça este processo ao invés de delegá-lo à assistência médica, pode ajudar também num desempenho satisfatório da função materna. Estimular que o bebê fique próximo da mãe desde a primeira hora de vida, que tenha acesso precoce ao seio e ao conforto do calor humano, ao invés da frieza do cuidado institucional de berçários e corpo de enfermagem, pode proporcionar uma experiência restauradora a uma mãe que experimenta dificuldades na vinculação com seu bebê fruto de uma vivência traumática de parto.

É necessário que as mães sejam empoderadas a amamentar ainda na sala de parto, respeitando suas particularidades e diversidades socioculturais. A mulher deve ser sujeito no ato de amamentar na primeira hora de vida; este não deve ser mais um procedimento ao qual a mulher seja submetida em prol de um ideário de humanização. (BOCCOLINI et al., 2011, p.78)

A vivência do parto é também a experimentação de uma situação-limite na vida da mulher, quiçá da família: estar ao mesmo tempo tão próxima da vida e da morte pode resultar em reações inesperadas no decorrer e ao final do processo. Szejer (2002) observa que neste fenômeno de dar à vida vem à tona o conflito da mulher social – a

mulher como se apresenta até então, consciente e protagonista do processo, e a mulher arcaica – uma personagem que a própria mulher desconhece e que a transcende, representando todas as mulheres contidas em sua história, seus valores e crenças. Numa situação limite tal qual o parto, a mulher social desaparece e dá lugar a esta desconhecida que emerge das profundezas do inconsciente e que, com frequência, arrebatada o círculo social que a conhecia até então ao demonstrar suas forças e seu potencial. A este respeito, Szejer (2002) pontua: “Cada mulher em trabalho de parto está dando luz a si mesma”.

Desta forma é possível compreender como uma experiência traumática de parto pode, por fim, atrapalhar o estabelecimento da amamentação. Uma mulher a qual não se permite viver a plenitude do nascimento, seja pela impossibilidade de estar em um lugar de segurança e conforto ou acompanhada de quem possa oferecer alívio e confiança neste momento cercado de angústias e temores, pode ter dificuldade de significar essa experiência como um marco inicial de saldo positivo em sua história como mãe.

Tendo sua confiança abalada ou respingada por má assistência ao parto, ou mesmo por alguma intercorrência que coloque em risco sua saúde física ou de seu bebê, assim como a vivência de desfechos dissonantes com o que fora previamente planejado, a dificuldade da elaboração da separação imposta pelo nascimento pode ter implicação profunda no processo da amamentação e abalar a confiança que a mãe deposita em si mesma a respeito de suas habilidades para com seu filho. Além disso, há a questão da idealização, tanto da experiência da chegada do bebê quanto da sua aparência e definição do seu lugar na história de cada família, que podem também dificultar a vivência do aleitamento e sua repercussão no psiquismo de cada mulher.

Quando a separação mãe e bebê é imposta imediatamente após o nascimento, seja por real necessidade ou por mera exigência institucional, a relação do binômio sai prejudicada. A imaturidade característica do recém-nascido prevê que suas chances de sobrevivência estão intimamente ligadas à proximidade física de sua mãe e sabemos que muitos índices de desenvolvimento fisiológico estão, inclusive, ligados a este contato precoce, tal qual temperatura corporal, níveis de saturação de oxigênio e maiores chances de sucesso no aleitamento. Separar uma dupla sem uma real necessidade pode colocar em risco um fator muito precoce e importante para o estabelecimento do vínculo que é a confiança depositada na mãe para execução de suas tarefas de maneira satisfatória e suficiente. E esta separação, sem dúvida, pode significar uma grande perda, muitas vezes irrecuperável dentro da relação da dupla.

Nos dias de hoje, com frequência uma mulher terá seu primeiro contato com um bebê ao ter seu primeiro filho, levando-se em consideração que vivemos em famílias nucleares, com pouco contato com tias, avós, e outras mulheres que já tenham passado pela experiência da amamentação. A maternidade inaugura então, para esta mulher, um novo lugar e status social: ela agora é responsável pela continuidade da espécie e ocupa um posto preferencial na nova dinâmica do lar. Sendo a nutriz do bebê e sua principal cuidadora, pouco lhe sobra para investir em si mesma e suas necessidades: há algo de maior prioridade e alguém que precisa de sua presença, calor, afeto e alimento para sobreviver.

Muito se fala sobre amamentação em nossos dias: tida como consequência natural da maternidade, comprovou-se através de pesquisas científicas seus benefícios para a saúde do bebê e sua mãe. Em oposição ao desenvolvimento tecnológico atingido na pós-modernidade, observamos uma tentativa de “retorno às origens” no que diz respeito à saúde física do ser humano: prática de atividades esportivas, uma vida mais próxima à natureza, alimentação saudável e livre de elementos industrializados e que não tem origem controlada. Dentro desta concepção de saúde, a prática do aleitamento materno encontra ótima aceitação e encorajamento: trata-se, sem dúvida, do que há de melhor em termos de alimentação padrão-ouro para o recém-nascido. Além disso, promove o vínculo mãe e bebê e protege a nutriz e seu bebê de uma série de intercorrências físicas, cujo risco seria aumentado caso a amamentação não prosseguisse.

No entanto, ao exaltar tão somente os aspectos benéficos generalistas da amamentação para a saúde física do ser humano, muitas vezes deixa-se de levar em conta os aspectos particulares que dizem respeito à saúde mental e psíquica de cada díade. Atualmente, as políticas públicas e a pressão social deixam cada vez menos espaço para que se reivindique o direito de escolha da mulher. Sendo assim, onde encontrar espaço para manifestar o conflito emocional do processo?

Langer (1986) divide as razões inconscientes que impedem o curso normal da amamentação em dois grupos: no primeiro estão as mulheres que rejeitam o novo status quo atingido através da maternidade, pelo desejo de permanecer em seu papel infantil de filha e criança. No segundo, estariam as razões que se originam pela manutenção das tendências agressivas infantis direcionadas à própria mãe. Ou ainda, as duas razões poderiam operar em conjunto. Considera-se que a mulher passa por um verdadeiro período de regressão no puerpério imediato, sendo que este fenômeno não é patológico,

e sim, necessário para o estabelecimento de um vínculo satisfatório com seu bebê (WINNICOTT, 1956).

A intervenção invasiva oferecida pela equipe de saúde que dá assistência ao parto desmotiva a mulher na busca pelo seu novo lugar social: na medida em que a gestante é infantilizada e a recém-mãe frequentemente diminuída em seu potencial enquanto provedora de cuidados e segurança para seu bebê, corroboramos a ideia plenamente difundida de que há especialistas em bebês que saberão a melhor forma de segurá-los, alimentá-los, cria-los, e que estes não são suas inexperientes mães.

Mesmo na implementação de políticas públicas tal qual a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (UNICEF, 2008), presume-se que a equipe de enfermagem ensinará a cada mãe como amamentar e que, portanto, elas devam preencher algum tipo de pré-requisito para serem aprovadas nesta nova função. Nestas maternidades as duplas somente recebem alta hospitalar uma vez que o bebê esteja efetivamente sendo amamentado, independente do desejo manifesto da mãe.

Bastante comum também é o tipo de abordagem e cuidado à que estão submetidas as mães no pós-parto: visitas médicas curtas e esporádicas onde são entregues receituários que preveem a falha no aleitamento, equipe de enfermagem hospitalar que encarrega-se dos cuidados com o bebê ainda que não seja solicitado pela mãe, tal qual práticas de higiene, vestimenta e colocação do bebê ao seio, e pouco estímulo para que o bebê fique em alojamento conjunto e, ainda, o excesso de curiosidade familiar e exploração de um momento que deveria ser tranquilo e monótono de modo a propiciar um ambiente favorável aos primeiros encontros entre mãe e bebê. Conclui-se que não há encorajamento para que a mãe saia deste lugar de filha, dependente, subordinada e que isso provavelmente acarretará dificuldades no processo de ocupação de seu novo status.

Uma vez que o processo da amamentação começa a encontrar resistências nestes conteúdos inconscientes, muitas mães esbarram em dificuldades inerentes ao processo. Nesta fase começamos a observar falas comuns que referem à produção insuficiente de leite e, queixa abordada neste trabalho, as dores provenientes das intercorrências mamilares.

Utilizando como embasamento teórico para melhor compreensão dessa questão, trago o conceito Freudiano do *acting out* (ROUDINESCO; PLON, 1998) – a passagem ao ato. Quando há impossibilidade de verbalização da lembrança recalcada, seja por – no caso em questão, falta de aceitação social ou rigidez dos conteúdos conscientes, o

sujeito passa inconscientemente ao ato. Neste sentido, a especulação dar-se-ia em torno das atitudes repetitivas das nutrizes em relação às feridas no seio: mesmo após orientação profissional, elas seguem experimentando sensações dolorosas e repulsivas ao colocar o bebê para mamar ou demoram demasiadamente a buscar ajuda até que estejam física e aparentemente impossibilitadas de ofertar o seio ao bebê.

A atuação prática serviria como um substituto para o que não pode ser relatado e traz o inconsciente à ação. Para furtar-se do contato com aquilo que inconscientemente não se deseja, atua-se de modo a afastar o que incomoda. Aqui representados pelos conteúdos inconscientes, especificamente relacionados à infância desta mulher que agora se torna mãe e sua relação com a própria mãe, e o desempenho de seu papel agora enquanto nutriz e sua relação com o bebê.

Podemos compreender melhor como se dá este processo de manifestação somática dos conflitos emocionais usando como fundamentação teórica o “Eu-Pele” de Anzieu (1989): trata-se da estrutura intermediária do aparelho psíquico, cuja formação está intimamente ligada às experiências adequadas na organização fusional primitiva. Levando-se em conta que a estruturação do ego tem o corpo como veículo e que esta organização se dá a partir do contato com o outro – primordialmente definido pelo contato pele a pele, Anzieu (1989) conclui que a pele é a superfície em que os mundos externo e interno imprimem seus conflitos.

Com frequência, há uma tendência das ciências que estudam o comportamento humano de concentrar as teorizações a respeito do aparelho psíquico tendo como base a mente humana. Em expressões cotidianas ou mesmo no senso comum, a referência aos conflitos emocionais e tensões do dia a dia é sempre localizada como tendo início e desenvolvimento a partir do cérebro/mente (WINNICOTT, 1949). Se imaginarmos o quanto o estabelecimento da relação mãe e bebê exige fisicamente da díade, fica mais claro compreender o corpo como espaço possível para a manifestação do conflito emocional. Segundo McDougall (1978), a vivência de afetos pode ser tão desagregadora que chega a exceder a possibilidade de elaboração psíquica. Quando estes conflitos não podem ser elaborados num plano mental, podem atingir o campo somático.

Por isso, é importante que se estabeleça a fundamental participação do corpo e seus órgãos como reflexo das dificuldades psíquicas enfrentadas pelo ser humano ou, especificamente neste estudo, pela puérpera, em estabelecer relações entre seu mundo externo e interno e delimitar as relações eu e não-eu tendo como limite o maior de seus órgãos: a pele.

O impacto da chegada de um bebê à família é um momento bastante propício para o ressurgimento de conteúdos recalçados, uma vez que se instaura uma desorganização da realidade prática que muitas vezes tem influência na estruturação emocional da recém-mãe. O adoecimento da pele é sintomático, pois este é o órgão que delimita, em última instância, o corpo da mãe e o corpo do bebê (MCDOUGALL, 1978).

A desorganização emocional enfrentada pela puérpera muitas vezes faz com que esses espaços se confundam e se invadam. A mãe empresta seu ego ao recém-nascido (WINNICOTT, 1956) e essa fronteira se esvai, muitas vezes representando para a mulher uma sensação de perda de espaço, desconhecimento de si mesma e despersonalização que podem - influenciados pela intrusão social, refletir-se em adoecimento físico. Neste sentido, Szejer (2002) acrescenta:

Alguns problemas de amamentação podem expressar uma dificuldade da mulher em estabelecer esse diálogo [com o bebê], em função de viverem uma relação fusional, e de a alimentação pela mamadeira introduzir um tipo de separação, que implica o reconhecimento do outro. (SZEJER, 2002, p. 290).

Ainda de acordo com Anzieu (1989), a pele é o principal e primeiro meio de contato do sujeito com o mundo, uma verdadeira interface entre o eu e o outro, mundo interno e externo. A pele dá visibilidade à ferida e justifica a existência de conflitos ignorados pela consciência através da sensação de dor. No entanto, essa dor pode, muitas vezes, ter origem no conflito psíquico em si, uma vez que a ambiguidade de sentimentos em relação à amamentação pode levar com que a mãe boicote o processo, na esperança de que este não tenha prosseguimento (LANGER, 1986).

Seria viável então pensar que o surgimento das feridas físicas no seio materno poderia dar visibilidade ao conflito interno que surge junto ao processo regressivo da gestação e puerpério: sair do lugar de filha para ocupar o lugar de mãe requer uma vivência positiva acerca das capacidades pessoais de ressignificar as relações objetais cultivadas no início da vida (BYDLOWSKI, 2001). As dificuldades vividas por esta mulher enquanto sujeito, de experimentar as relações objetais, internalizá-las e estruturar seu próprio ego, podem reaparecer então na adaptação à chegada do bebê, ameaçando a possibilidade de encontrar limites entre o que é seu e o que é do outro.

Langer (1986) propõe que a insatisfação oral vivenciada por estas mulheres estaria na base das razões inconscientes que dificultariam o processo da lactação. “Se sofreram tais frustrações e se mais tarde não conseguem considerar a criança como parte de sua própria pessoa, negam-se inconscientemente a dar-lhe o que elas mesmas não receberam” (LANGER, 1986, p. 228). A oralidade revivida pela mulher no puerpério é um sintoma clássico da regressão que se apresenta como caminho natural para a identificação com o bebê.

Segundo Bydlowski (2001), o estado de transparência psíquica apresentado pelas puérperas, possibilitando maior permeabilidade entre os conteúdos conscientes, pré-conscientes e inconscientes, é o que torna possível concluir que um conflito de conteúdos possa instaurar-se na impossibilidade do amamentar, muitas vezes colocado pela mãe em questão, inclusive, como um desejo consciente de fazê-lo. Sendo assim, pode-se entender o surgimento do trauma físico como consequência da manifestação de comportamentos maternos advindos da impossibilidade de lidar com os conteúdos inconscientes que podem vir à tona nesse momento especialmente propício e vulnerável.

Mulheres que reagiram durante a primeira infância à frustração materna com desejos intensos de mordê-la e destruir seus seios, mais tarde castigam-se frequentemente durante a lactância de seus filhos, infligindo-se o que quiseram infligir a sua mãe. Obtém-no através das fissuras dos mamilos, que dificultam a lactância ou obrigam ao desmame. Mas estas fissuras não significam apenas um castigo, como também uma proteção, porque permitem à mulher evitar um contato tão perigoso para o seu inconsciente. (LANGER, 1986, p. 231).

4 TRAUMAS MAMILARES E SUA INFLUÊNCIA NO PROCESSO DA AMAMENTAÇÃO

4.1 Tipos de traumas da mama puerperal: definição e tratamento

Sentir algum tipo de dor, desconforto ou sensibilidade nos primeiros dias de amamentação está dentro do quadro esperado, uma vez que o mamilo está sendo requisitado com frequência, muitas vezes por um bebê ainda sonolento, pequeno e uma puérpera sujeita às alterações hormonais próprias do período, emocionalmente abalada, cansada, fora do seu ambiente de conforto e mal posicionada. No entanto, a dor que perdura por vários dias, as lesões que se abrem, sangram e impedem a amamentação não são fatos normais e geralmente são identificados pelos profissionais de saúde como consequência do posicionamento e pega incorretos do bebê ao seio. Os traumas mamilares incluem: edemas, fissuras, rachaduras, bolhas, equimoses, escoriações e erosão mamilar.

Para que sejam evitados os traumas mamilares que atrapalham o curso da lactação, orienta-se ao profissional de saúde que observe ao menos uma mamada do bebê durante a consulta de puericultura no primeiro retorno pós-parto. Ao acompanhar a interação da díade, este profissional terá a capacidade de identificar e corrigir os principais problemas em relação ao posicionamento e pega do bebê. Além do uso da técnica correta ao amamentar, outras medidas bastante eficazes na prevenção das lesões são: a exposição das mamas ao ar livre ou luz solar, não usar sabões ou produtos secantes nos mamilos, amamentação frequente e uso de técnica própria para interromper a mamada quando assim necessário, introduzindo o dedo indicador pela comissura labial da boca do bebê, evitando o estiramento do mamilo (GIUGLIANI, 2004).

O posicionamento do bebê refere-se à postura deste em relação ao corpo da mãe durante o processo da amamentação. De acordo com o instrumento de observação de mamada do Curso de Aconselhamento em Amamentação recomendado pelo Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF, 1993), para avaliar parâmetros favoráveis relacionados ao posicionamento da dupla mãe e bebê, os seguintes fatores devem ser levados em consideração: os corpos da mãe e do bebê devem estar bem próximos, cabeça e tronco do bebê devem estar alinhados, o bebê deve estar apoiado

adequadamente nos braços da mãe, a nutriz não deve tensionar os ombros e o queixo do bebê deve necessariamente tocar o seio da mãe.

A pega do bebê diz respeito à maneira como este abocanha o seio da mãe. Idealmente, a mãe deveria realizar o teste de flexibilidade areolar antes da mamada (VINHA, 1999), evitando assim oferecer o seio ingurgitado ao bebê, o que trará dificuldades anatômicas para a realização de uma boa pega. Uma vez que a aréola esteja flexível, os indicativos de uma boa pega para amamentação são: o bebê abocanha toda a aréola e não somente o mamilo, o bebê deve realizar uma grande abertura da boca, os lábios devem estar evertidos e a pega deve ser assimétrica, de modo que mais aréola seja visível acima da boca do bebê do que abaixo (UNICEF, 1993 apud WEIGERT et al., 2005).

Além da má técnica ao amamentar, outro fator de risco geralmente relacionado ao aparecimento dos traumas mamilares é o uso precoce e errôneo das bombas elétricas para retirada de leite e inserção dos bicos artificiais, tais como chupeta e mamadeira na cavidade oral do bebê, podendo desencadear infecções, redução do tempo de sucção na mama e interferir no aprendizado da ordenha de leite do seio por parte do bebê a partir da alteração da sua dinâmica oral (REGO, 2009).

A fissura ou rachadura mamilar geralmente caracteriza-se por uma lesão aberta na área do mamilo, com ou sem presença de sangue. Dependendo da sua extensão, pode ser classificada em pequena, média ou grande rachadura (VINHA, 1999). Na ocorrência das pequenas e médias rachaduras, apesar do grande desconforto materno, a indicação profissional é de que a amamentação deve ser mantida, observando-se o tratamento recomendado. No entanto, na apresentação de uma grande rachadura, a amamentação ao seio deve ser interrompida até que a ferida esteja cicatrizada: neste intervalo de tempo, a mãe deve realizar a ordenha manual de seu próprio leite a fim de manter a produção para quando o bebê retornar ao seio. O leite ordenhado deve então ser oferecido em recipiente próprio, evitando-se o uso de bicos artificiais para que o bebê não tenha dificuldade de mamar ao seio uma vez que a cicatrização esteja estabelecida.

As principais medidas de conforto recomendadas para tratamento das rachaduras são: iniciar a amamentação pelo seio menos afetado, ordenhar manualmente um pouco do leite antes de iniciar a mamada, alternar diversas posições de amamentação, usar protetores de seio que eliminem o contato do mamilo com a roupa e uso de analgésicos via oral quando necessário (GIUGLIANI, 2004).

Para o tratamento e cicatrização das rachaduras já instauradas, Giugliani (2004) recomenda o tratamento úmido, uma vez que a cicatrização das camadas expostas da epiderme é mais eficiente caso as mesmas se mantenham úmidas. Neste caso então, utiliza-se o próprio leite materno espalhado sobre a mama após a mamada, cremes ou óleos apropriados com o objetivo de proteger a ferida. Na prática clínica, observa-se com certa constância o uso da lanolina anidra ou cremes hidratantes à base de vitamina A e D.

No caso de fissuras mamilares resistentes, deve-se suspeitar também de infecção por *Candida sp* (REGO, 2009). Uma vez que a mãe encontra-se com baixa imunidade no puerpério imediato, ocasionada principalmente pela perda sanguínea durante o parto, déficit de sono, cansaço extremo e muitas vezes tendo a alimentação e hidratação comprometidas, o fungo em questão encontra oportunidade de colonizar a área do seio que, por manter-se úmida, aquecida e fora do alcance da luz, propicia o ambiente perfeito para sua proliferação.

As escoriações mamilares encontram-se geralmente na parte superior externa do mamilo e parecem com um esfolado superficial (VINHA, 1999). O tratamento recomendado para cicatrização segue as normas básicas do que já foi recomendado para as rachaduras, com a particularidade de especial atenção à ordenha manual prévia à mamada, uma vez que as escoriações estão altamente relacionadas à oferta da mama ingurgitada e endurecida ao bebê. A ordenha fará com que a base areolar esteja mais flexível, possibilitando uma pega mais efetiva e menos dolorosa.

A erosão mamilar caracteriza-se por um desgaste na superfície do mamilo, causando dor intensa e, muitas vezes, rejeição do seio pelo bebê. É um evento raro, porém a manutenção da amamentação na sua presença é extremamente difícil. O tratamento associado são as manobras de flexibilização da aréola e mamilos, de preferência acompanhados por um profissional com experiência na área. Na impossibilidade de levar a criança ao seio, realiza-se a alimentação usando o leite materno ordenhado, ou ainda, a alimentação com fórmula específica.

As bolhas ou lesões vesiculosas ocorrem nas pontas dos mamilos quando os bebês não mamam de forma eficiente, ou seja, sugam somente o mamilo ao invés de abocanhar toda a base areolar. Ao sugar o mamilo, o bebê faz uma pressão negativa interna em sua boca, ocasionando este tipo de lesão (VINHA, 1999). Neste caso, após corrigir eventuais erros de técnica do amamentar, sugere-se à mãe que faça mamadas um pouco mais espaçadas, a fim de otimizar o tempo de alimentação, uma vez que o

bebê confunde as idas ao seio com a sucção não-nutritiva que tem a finalidade de suprir sua necessidade de prazer oral.

Idealmente, ao encontrar-se acometida por um quadro de trauma mamilar, a puérpera deveria ir ao encontro do profissional de saúde, que está apto para corrigir a técnica de amamentação e empregar o tratamento mais indicado para cada caso. Todas estas ações contribuirão para que a recuperação do mamilo machucado se dê mais rapidamente e que a amamentação possa transcorrer sem maiores problemas ou prejuízos para a mãe.

No entanto, sabemos que esta é uma situação ideal, uma vez que muitas mães acometidas pelas lesões ou dor ao amamentar, buscam soluções caseiras, ou opinião de familiares e/ou amigos, além das opções amplamente divulgadas pelo marketing agressivo da indústria farmacêutica. Dentre os recursos mais utilizados, estão os protetores/intermediários de mamilos que, no entanto, já foram condenados por estudos científicos, uma vez comprovada a sua inutilidade e, inclusive, demonstrado que estes podem causar ainda mais danos ao tecido mamilar (BIANCUZZO, 2000). Além disso, também os métodos secativos, aplicação de bolsas de chá e cascas de frutas já não tem mais sido recomendados como tratamento por não terem comprovação científica de sua eficácia e, muitas vezes, trazerem mais riscos do que benefícios no tratamento das lesões (NOVAK; ALMEIDA; SILVA, 2003).

Este trabalho pretende abordar especificamente as intercorrências advindas dos traumas mamilares para que se possa estudar com mais profundidade suas causas e consequências físicas e emocionais.

4.2 Influência dos traumas mamilares na duração da amamentação

Seria impossível isolar a incidência de traumas mamilares e avaliar a sua influência sobre o tempo total de amamentação, uma vez que sabemos que o desmame ocorre em decorrência de diversos fatores que determinam a decisão materna. No entanto, o aparecimento recorrente deste fator como destaque em diversos estudos que analisam os determinantes temporais para a amamentação certamente nos chama a atenção.

Como a sensibilidade inicial das mamas é esperada no processo da amamentação, muitas mães relatam e entendem como parte do processo sensações de dor, ardência, inchaço, coceira e outros. No entanto, quando estas sensações

acompanham as mamadas por um tempo maior do que o esperado e tido como normal, grande parte das mães atinge seu limite e acaba optando por alimentar seu filho de outra maneira, temporária ou definitivamente (VIEIRA et al., 2010).

Muitos estudos sugerem que uma boa técnica de amamentação no pós-parto imediato implica em índices maiores de manutenção do aleitamento materno exclusivo. Conclui-se então que uma boa técnica evita a incidência dos traumas e diminui a sensação de dor, que seria uma das maiores causas de desmame no discurso das nutrizes.

Num estudo publicado em 2005 onde foram avaliados 211 pares de mães e bebês durante sua estadia na maternidade, ao 7º dia de vida e, posteriormente, ao 30º dia de vida, foi observada uma relação significativa entre a melhora das técnicas de amamentação e maiores índices de duração do aleitamento materno exclusivo (WEIGERT et al., 2005).

Em uma pesquisa na Suécia, Righard e Alade (1992 apud WEIGERT et al., 2005) concluíram que bebês com a pega inadequada no momento da alta na maternidade tinham dez vezes mais chances de ter o aleitamento materno exclusivo interrompido quando comparados com bebês que mamavam com a técnica correta à época da alta. Além disso, 74% dos bebês que apresentavam técnica correta para mamar ao sair da maternidade mantiveram o aleitamento aos quatro meses de vida, enquanto somente 40% dos bebês que mamavam incorretamente seguiram o aleitamento neste mesmo período.

Outro dado de extrema importância apresentando por Weigert et al (2005) neste mesmo estudo, é de que a incidência de traumas mamilares foi da ordem de 50% no grupo estudado. Ou seja, os traumas mamilares de fato representam um fator determinante e bastante recorrente no processo de amamentação, e para o qual não tem sido dada atenção suficiente. Levando-se em conta que o aparecimento de lesões mamilares é o segundo fator citado pelas nutrizes como responsável pelo desmame (RAMOS; ALMEIDA, 2003), percebe-se que é de suma importância que o estudo desse fenômeno seja aprofundado e que possamos ampliar a capacidade dos profissionais de saúde em relação ao manejo do seu diagnóstico e tratamento, a fim de que se possa diminuir a incidência deste problema.

Apesar de poucos estudos, principalmente brasileiros, relacionando a incidência de traumas mamilares e a duração do aleitamento materno, sabe-se que este é um fator recorrente no discurso das nutrizes ao justificar a interrupção precoce da amamentação

(VIEIRA et al., 2010). Muitas vezes inclusive, apesar do desejo manifesto de alimentar seu filho ao seio, muitas mulheres desistem do processo alegando dores insuportáveis e desconforto extremo ao amamentar. Portanto, fica claro que uma atividade que envolve tais inconvenientes para uma das partes, certamente será descontinuada em um curto espaço de tempo.

A hipótese de que possa haver uma causa emocional que favoreça o surgimento ou a manutenção das feridas corporais na amamentação é decorrente da inquietação com a simplicidade da justificativa fisiológica para tal acontecimento. No passar dos anos e lidando com muitas e muitas mães, não pude me furtar a observar como em muitos casos, mesmo após orientação e correção técnica, muitas mulheres seguiam referindo-se a dor como fator determinante para interrupção da amamentação. Ao passo que outras, visivelmente mais acometidas, davam seguimento ao processo de maneira satisfatória.

Sabe-se que há um componente emocional também no processo da dor, uma vez que a sensação advinda da estimulação neuronal não pode ser separada da vivência total do corpo ou sequer minimizada. Quando há atuação de hormônios decorrentes do estresse, ansiedade e agitação os escores de dor presumem-se elevados.

No que concerne à lactância, faz tempo que também médicos e leigos, alheios à psicanálise, reconheceram a grande influência que exercem os fatores psíquicos sobre o processo. (...) Os médicos, em geral, tem frente a este problema o mesmo conceito dualista que adotam ante outros transtornos hormonais, sustentando que a causa da disfunção pode estar tanto no somático quanto no psíquico, mas sem advertir que realmente o hormonal e o psíquico são aspectos do mesmo processo.” (LANGER, 1986, p. 227-228)

Cabe à assistência abrir espaço para estas novas explorações de modo que também este aspecto do sintoma físico da impossibilidade do amamentar possa ser explorado.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Aqui vemos a fundamental importância de se levar em consideração a influência do psiquismo materno neste processo outrora taxado de instintivo. Mais do que acertar a posição do bebê ao seio, as mulheres querem ser ouvidas. Estarão os profissionais de saúde preparados para isto? Compartilhar suas angústias sem julgamentos prévios? Interferir somente quando e se solicitados, e deixar que cada uma trace seu próprio caminho dentro do que lhe é possível frente ao que foi construído em sua caminhada? Como será possível aliar medidas de saúde pública ao bem estar individual de cada mulher?

De qualquer modo, a maioria dos médicos considera o aleitamento natural como o principal fator responsável pela sobrevivência da criança, chegando o discurso a transferir esta responsabilidade para as mães, quando se sabe que a ausência desta prática é de responsabilidade antes do contexto social do que das mães. Os indivíduos não têm inteira responsabilidade sobre processos sociais dos quais fazem parte como criaturas. A resultante social é um processo que deriva do somatório das vontades individuais e depende da atividade política dos homens. (SILVA, 1990, p.162)

Para lutar pelos direitos do bebê por alimentação de qualidade e defendê-lo das práticas agressivas da indústria de fórmulas infantis, aparece o discurso das campanhas de amamentação na saúde pública: “*Amamentar é um ato de amor*”, “*Amar é amamentar*”, “*Quem ama, amamenta*”, “*Leite materno é amor líquido*” e outras frases de efeito que condicionam o amor materno à amamentação e medem a dedicação de uma mãe a seu filho através da sua disponibilidade para o sucesso da amamentação.

Não restam dúvidas acerca da importância das campanhas pela amamentação: ainda há muita informação a ser disseminada neste campo, principalmente porque, como toda ciência, novos estudos e novas determinações vão surgindo com bastante frequência, ou seja, uma informação válida até pouco tempo, rapidamente torna-se obsoleta. E muitas vezes os profissionais de saúde não acompanham, o entorno social está cercado de ideias pré-concebidas e acabam por prejudicar a mãe que amamenta, que nem sempre está exposta à melhor informação e apoio para o exercício deste papel.

Nesse sentido, as campanhas de amamentação são realmente essenciais. Elas reafirmam ao grande público a importância deste nobre ato, levando em consideração que a saúde do bebê vem em primeiro lugar. E para a mulher que deseja amamentar, a campanha serve também como reforço positivo mesmo nos momentos mais difíceis. Amamentar nem sempre é fácil, e requer uma disponibilidade física e psíquica imensa em um dos momentos mais turbulentos da vida de uma mulher.

Portanto, a crítica reside justamente no tom adotado pelas campanhas: são reforçados os estereótipos de gênero quando se diz que a amamentação cabe somente à mulher/mãe, são ressaltados somente os aspectos positivos do ato, ou seja, deixa-se de falar que podem surgir inúmeros problemas e obstáculos sim, mas que há uma rede de apoio que pode ser de grande valia para encontrar soluções e desfechos positivos e, por fim, subentende-se que a amamentação é algo natural, instintivo e prazeroso para todas as mulheres, em detrimento de uma visão particular que é preciso ser levada em conta quando falamos de seres humanos e suas individualidades.

Apesar das mudanças sociais que enfatizam uma maior autonomia dos sujeitos em relação aos códigos, muitos médicos continuam tendo uma atitude rígida, autoritária e paternalista, de cobrança do aleitamento materno. As ações desenvolvidas nos programas de saúde não consultam a mulher, a educação é reproduzida por frases como: não existe leite fraco, amamente até o sexto mês, etc. Considera-se que as mães ignorantes fazem diluições incorretas de fórmula, farinha e açúcar no preparo das mamadeiras. As práticas alimentares são condicionadas ao modelo moral do "certo" e "errado", sem nenhuma consideração aos seus condicionantes culturais. A mãe não tem espaço para narrar sua história e ansiedades. Não há um respeito e valorização da liberdade de escolha da mãe em amamentar ou não, que se percebe na prática dos especialistas psi. (SILVA, 1990, p.164)

Vê-se, no entanto que, apesar da penetração maciça das campanhas nas instituições de saúde e mesmo através da mídia, o desmame precoce e a introdução de substitutos do leite materno ainda é muito frequente. A média de amamentação exclusiva teve pouca elevação (BRASIL, 2009) e as mesmas questões aparecem como queixas nos consultórios e serviços de atendimento frequentados pelas recém-mães:

meu leite é fraco, amamentar dói, sinto-me cansada pela demanda do bebê, não tenho leite suficiente.

Ignorar as motivações psíquicas por trás do discurso materno significa então ignorar um importante e determinante fator de predisposição para o aparecimento das intercorrências do aleitamento. A hipótese de que as lesões mamilares que se refletem no corpo como traumas dolorosos para as puérperas possam ser um tipo de reflexo sintomático de conflitos inconscientes a respeito da decisão de amamentar parece cada vez mais forte. Portanto, é importante que se pense também nas intercorrências da amamentação como forma de manifestação de conflitos psíquicos, além das causas geralmente alegadas de erro da técnica do amamentar.

Quando deixamos de levar em conta as motivações pessoais, influências sociais, manifestações inconscientes de cada indivíduo e sua implicância num processo de múltiplas ordens e fatores, tal como a amamentação, estamos negligenciando um ponto muito importante e que pode trazer resposta a questionamentos que não mais podem ser ignorados: se os traumas mamilares – e outras intercorrências no processo da amamentação - são fruto única e exclusivamente da má técnica do amamentar, porque muitas vezes os mesmos surgem e/ou persistem mesmo quando não há este fator causal?

Para que se obtenha qualquer tipo de avanço no atendimento de saúde, é preciso que se leve em consideração também a saúde mental como fator determinante. Não deixa de ser importante que tenhamos políticas públicas em favor da amamentação em detrimento do marketing excessivo das indústrias de fórmulas de substitutos do leite materno e também das práticas abusivas dos profissionais mal informados cujas práticas são obsoletas. No entanto, o foco deve ser sempre mantido na garantia de defesa do direito soberano da mulher sobre as escolhas que envolvem os fenômenos que acontecem em seu corpo e que dizem respeito à sua vida. Sobre isso não é possível ceder: o Estado não pode e não deve ter direito às decisões que cabem tão somente a cada indivíduo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, J. A. G. **Amamentação**: um híbrido natureza-cultura, 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

ANZIEU, D. **O eu-pele**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1989.

BIANCUZZO, M. **Sore nipples**: prevention and problem solving. Herndon: WMC Worldwide, 2000. (Simplifying breastfeeding management self-learning series).

BOCCOLINI, C. S. et al. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida. **Revista de Saúde Pública**. v.45, n.1, p.69-78, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Série C: Projetos, Programas e Relatórios).

BYDLOWSKI, M.; GOLSE, B. Da transparência psíquica à preocupação materna primária: uma via de objetalização. In: CORREA, L. (Org.). **Novos olhares sobre a gestação e a criança até 3 anos**: saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê. Brasília: L.G.E., 2002. p.215-220.

DIAS, E. O. **A teoria do amadurecimento de D.W. Winnicott**. 3. ed. São Paulo: DWW, 2014.

DIAS, H. Z. J. RUBIN, R. Relações visíveis entre pele e psiquismo: um entendimento psicanalítico. **Psicologia Clínica**, v.19, n.2, p.23-34, 2007.

GIUGLIANI, E. R. J. O aleitamento materno na prática clínica. **Jornal de Pediatria**, v. 76, n.sup.3, p.238-252, 2000.

GIUGLIANI, E. R. J. Problemas comuns na lactação e seu manejo. **Jornal de Pediatria**, v.80, n.sup.5, p.147-154, 2004.

GOMEZ, M. **Amamentação**: um “sentir com”. 2009. 45 f. Monografia (Especialização) Curso de Especialização em Atenção Integral a Saúde Materno-Infantil, Maternidade Escola, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

HUML, S. Sore nipples: a new look at an old problem through the eyes of a dermatologist. **The Practising Midwife**, v.2, n.2, p.28-31, 1999.

LANGER, M. **Maternidade e sexo**: estudo psicanalítico e psicossomático, 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.

McDOUGALL, J. **Em defesa de uma certa anormalidade**: teoria e clínica psicanalítica. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

MORLAND-SCHULTZ, K.; HILL, P. D. Prevention of and therapies for nipple pain: a systematic review. **Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing**, v.34, n. 4, p.428-437, 2004.

MULLER, M. **O matador de bebês**. Campinas: Cemicamp, 1981.

NAKANO, A. As vivências da amamentação para um grupo de mulheres: nos limites de ser “o corpo para o filho” e de ser “o corpo para si”. **Cadernos de Saúde Pública**, v.19, n.sup.2, p.355-S363, 2003.

NEWTON, N. R. Nipple pain and nipple damage. **The Journal of Pediatrics**, v.41, n.4, p.411-423, 1952.

NOVAK, F. R.; ALMEIDA, J. A. G.; SILVA, R. S. Casca de banana: uma possível fonte de infecção no tratamento de fissuras mamilares. **Jornal de Pediatria**, v.79, n.sup.3, p.221-226, 2003.

RAMOS, C. V.; ALMEIDA, J. A. G. Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. **Jornal de Pediatria**, v.79, n.sup.5, p.385-390, 2003.

REGO, J. D. **Aleitamento materno**, 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009.

ROUDINESCO, E.; PLON, M. **Dicionário de psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

SILVA, A. A. M. Amamentação: fardo ou desejo? Estudo histórico-social dos saberes e práticas sobre aleitamento na sociedade brasileira, 1990. 228f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1990. Disponível em: <<http://www.pgsc.ufma.br/arquivos/amamentacaofardooudesejo.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2015.

SZEJER, M. **Nove meses na vida da mulher**: uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento, 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

UNICEF. **Breastfeeding management and promotion in a baby-friendly hospital**: an 18-hour course for maternity staff. New York: Fundo das Nações Unidas para Infância, 1993.

UNICEF. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança** : revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado. Brasília : Ministério da Saúde: Fundo das Nações Unidas para a Infância, 2008. módulo 1 : histórico e implementação.

VIEIRA, G. O. et al. Fatores preditivos da interrupção do aleitamento materno exclusivo no primeiro mês de lactação. **Jornal de Pediatria**, v.86, n.sup.5, p.441-444, 2010.

VINHA, V. H. P. **O livro da amamentação**. São Paulo: CLR Balieiro, 1999.

WEIGERT, E. M. L. et al. Influência da técnica de amamentação nas frequências de aleitamento materno exclusivo e lesões mamilares no primeiro mês de lactação. **Jornal de Pediatria**, v.81, n.sup.4, p.310-316, 2005.

WINNICOTT, D.W. Influências de grupo e a criança desajustada. O aspecto escolar. In: WINNICOTT, D.W. **Privação e delinquência**. São Paulo: Martins Fontes, 2012. p. 217. Reimpressão.

WINNICOTT, D. W. A mente e sua relação com o psicossoma. In: WINNICOTT, D. W. **Da pediatria à psicanálise**: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p.332-346. Reimpressão.

WINNICOTT, D.W. A preocupação materna primária. In: WINNICOTT, D. W. **Da pediatria à psicanálise**: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p.399-405. Reimpressão.

WINNICOTT, D.W. A amamentação como forma de comunicação. In: WINNICOTT, D. W. **Os bebês e suas mães**, 3. ed. reimp. São Paulo: Martins Fontes, 2006. p.18-27.

WINNICOTT, D.W. O ambiente saudável na infância. In: WINNICOTT, D. W. **Os bebês e suas mães**, 3. ed. reimp. São Paulo: Martins Fontes, 2006. p.51-59.

WINNICOTT, D.W. A mãe dedicada comum. In: WINNICOTT, D. W. **Os bebês e suas mães**, 3. ed. reimp. São Paulo: Martins Fontes, 2006. p.1-11.

WINNICOTT, D.W. A comunicação entre o bebê e a mãe. In: WINNICOTT, D. W. **Os bebês e suas mães**, 3. ed. reimp. São Paulo: Martins Fontes, 2006. p.79-92.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. The optimal duration of exclusive breastfeeding: report of an expert consultation. Geneva: WHO, 2001. Disponível em: <http://www.who.int/nutrition/publications/optimal_duration_of_exc_bfeeding_report_eng.pdf>. Acesso em: 4 dez. 2012.